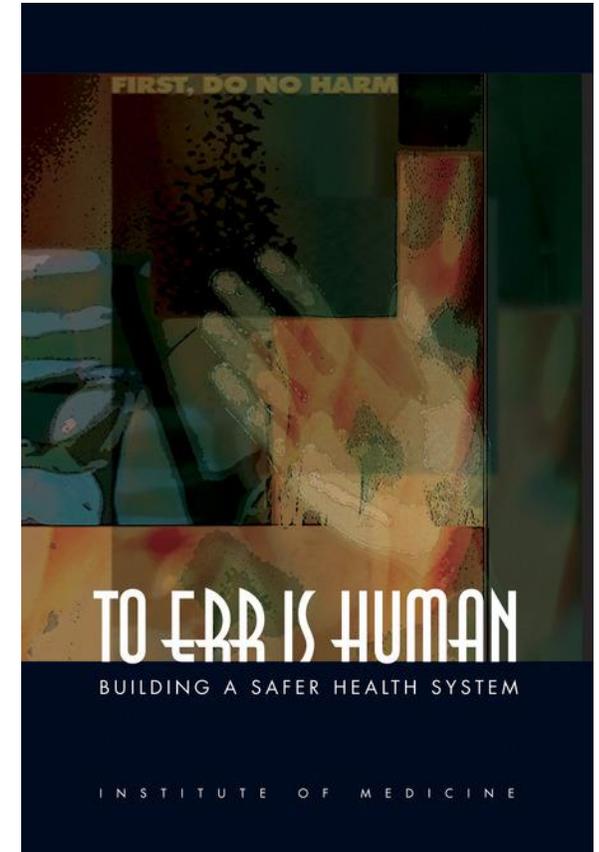


Error humano y seguridad del paciente en las atenciones de salud

MÓDULO 2: GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIPLOMADO DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO

- La seguridad del paciente constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan los aspectos propios de los sistemas sanitarios y las acciones humanas.
- En USA los errores médicos causan la muerte de 44.000 a 98.000 pacientes al año. En Canadá y Nueva Zelanda el 10% de los pacientes hospitalizados sufren las consecuencias directas e indirectas de errores médicos.





- Son pocos los estudios de SP en atención ambulatoria
- Parte importante del cuidado depende del propio paciente y su familia: la responsabilidad para mejorar la SP es compartida (paciente-familia-personal de salud)
- La discontinuidad en el sistema de entrega de cuidados en cualquier punto del continuo de la atención aumenta el riesgo de ocurrencia de EA y amenaza la SP



- Aumento en las atenciones ambulatorias: Más del 77% médicas y cerca del 100% odontológicas. Mejor manejo del dolor y anestesia
- Son adaptables al entorno de la atención odontológica
- La seguridad del paciente es una obligación ética que además mejora la seguridad legal de los odontólogos, disminuye el riesgo en la atención y sus consecuencias

Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es la reducción del daño y de riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención clínica hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (*OMS*¹)

- **Evento Adverso:** Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención de salud recibida por un paciente que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo, y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.
- **Evento Centinela:** Suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.
- **Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial de un evento adverso, que sea prevenible o no.
- **Incidente:** Es un suceso adverso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que no llega a provocar daño al paciente, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Error

- Toda falla en la ejecución de una acción planeada según lo pretendido o bien la aplicación de un plan incorrecto (*OMS, 2009*)
- Una equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que aumentan el riesgo de que ocurra un EA

Error de comisión: Realizar acciones innecesarias o realizar de forma incorrecta acciones necesarias. Ej.: Error en la medicación

Error por omisión: Omisión de acciones necesarias

Pueden ocurrir en la fase de planificación o en la de ejecución.



Error Humano

El ser humano es falible y, por lo tanto, comete errores.

Estos ocurren cuando se está aprendiendo, realizando actividades nuevas, también en la rutina o en situaciones en que se baja la guardia (por enfermedad, cansancio, preocupaciones, saturación de tareas, cambios incesantes de actividad, etc.).

Sí, es humano errar...

Error Humano

“El error humano puede ser entendido como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada.” (*James Reason* ²)

Los errores humanos constituyen una amenaza para la atención de la salud

- Centrado en las personas o modelo personal clásico
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico



Enfoque centrado en las personas

- Modelo tradicionalmente aceptado
- Las personas son la causa de los errores
- Los errores son la causa de los EA
- La falta de atención, la desmotivación olvidos, descuidos actitudes negligentes o imprudentes
- Modelo punitivo y de aseguramiento, basado en las medidas disciplinarias, la caza de culpables, amenazante, y que imposibilita la comunicación abierta y el conocimiento a partir de la experiencia

No garantiza que el error no se repita



Enfoque centrado en los sistemas

- Los seres humanos fallan y los errores son esperables o previsibles
- El error es consecuencia de múltiples factores asociados.
- El origen de los eventos adversos está en la interacción de factores sistémicos (**error como consecuencia, no causa**).
- El sistema ha de dotarse de barreras que protejan a los usuarios de la aparición de eventos adversos (**no reactivo/no punitivo**)
- Ante el error lo importante es analizar cómo y por qué fallaron las defensas, no perseguir y castigar a los culpables: **Gestión proactiva del riesgo**



El factor humano: facilitadores del error

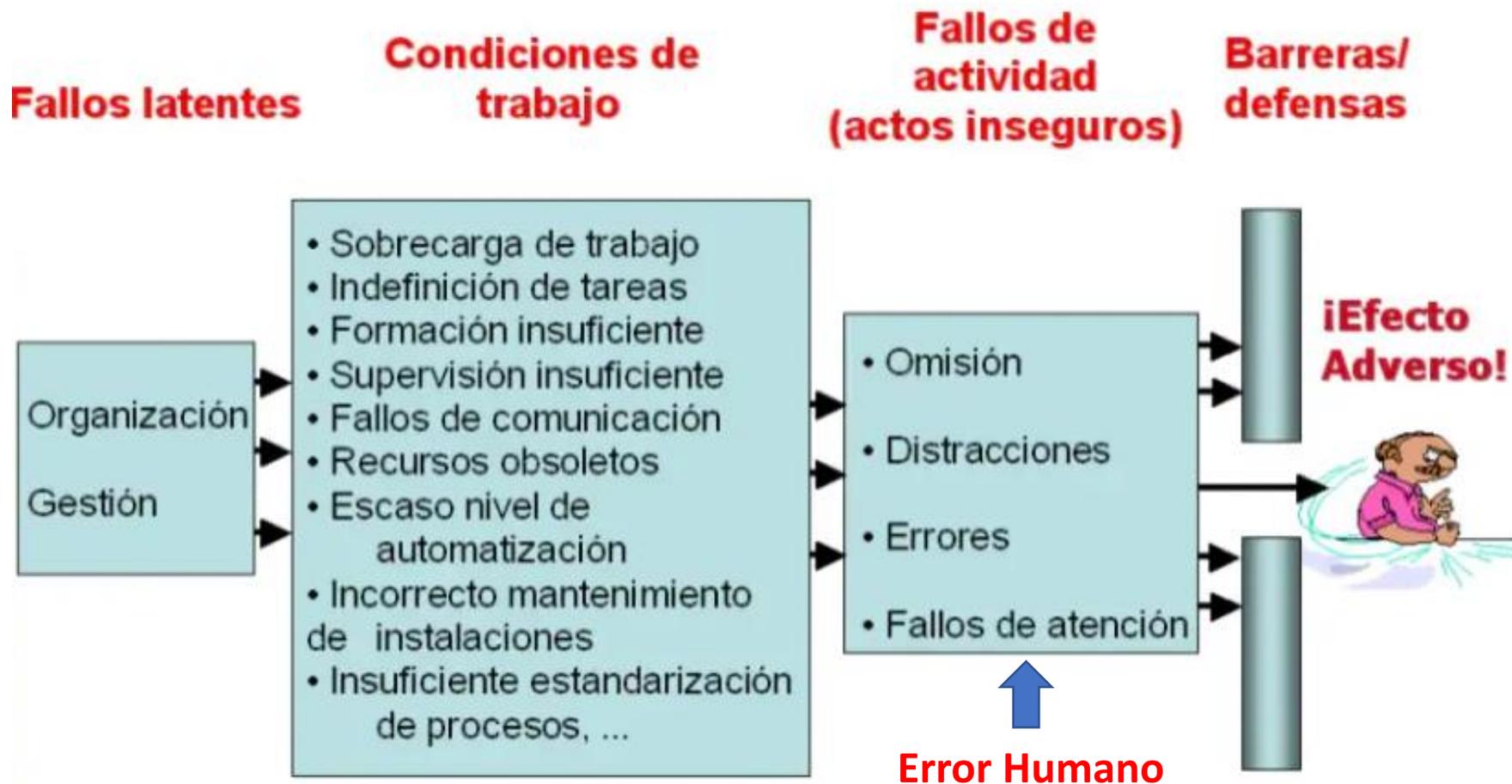
- Sobrecarga de trabajo, estrés y fatiga
- Recurrir a la memoria
- Procedimientos no normalizados: Falta de protocolos y estandarización de procesos
- Jornadas de trabajo prolongadas: similar a trabajar en estado de ebriedad
- Alta rotación de personal y de pacientes
- Escasez de retroalimentación: comunicación entre los equipos
- ...

Aprender de los errores

Mejorar el sistema para disminuir los errores y sus consecuencias

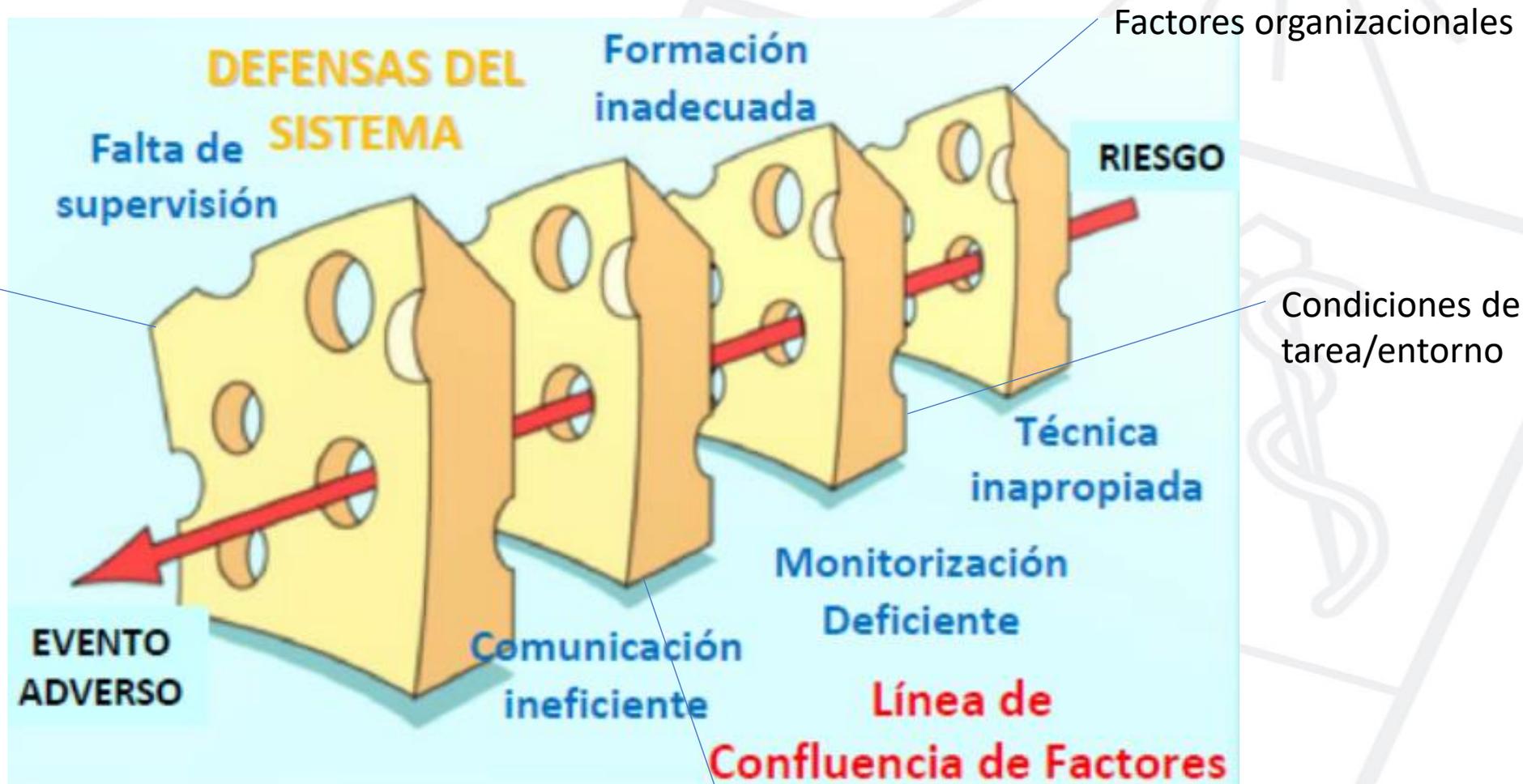


Factores que influyen en la producción de errores





Modelo del Queso Suizo. Reason



Defensas ausentes/fallidas

Acciones individuales/equipo: Error humano



Gestión del Riesgo

- Prevención y planes de contingencia: medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos o para mejorar su detección precoz.
- Barreras del sistema.
- No se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas.
- Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.



Cultura de Seguridad



Reducir el daño y prevenir eventos adversos

Comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua



Percepción compartida de la importancia de la seguridad



Confianza de la eficacia de las medidas preventivas



Enfoque pedagógico del error.
Aprendizaje organizacional y la conciencia del error cometido

PLAN DE CAPACITACIÓN Y RECURSOS



¿Por qué es importante fomentar la cultura de la SP en las atenciones de salud?

- Reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes
- Reducción del daño físico y psicológico
- Mejora en la gestión de recursos
- Reducción en los amplios costos financieros y sociales
- Medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo.



Estrategias efectivas para la seguridad del paciente

- ESTAS PUEDEN SER FÍSICAS, HUMANAS, ADMINISTRATIVAS O NATURALES
- Equipos de trabajo bien coordinados
- Intervenciones para la organización que consideren la conducta, educación, información y manejo de los errores médicos en los equipos de salud
- El uso sistemático de prácticas basadas en Evidencia es otra vía sumamente útil a nivel de implementación de protocolos, dentro de las organizaciones, disminuir los errores y EA
- Reporte de los errores asociados a la atención de salud: **Ambiente no punitivo**
- Identificación de los EA y la forma en que se reportan: Sistemas de registro



- Gestión de reclamos

Implementación de listas de chequeo o pautas de cotejo (Pauta de cotejo Lavado de manos, Pausa quirúrgica, para cirugía, riesgo de caídas, protocolos de sedación y otras)

Cada organización adapta a su propia realidad protocolos y metodologías en la implementación de estrategias de seguridad.



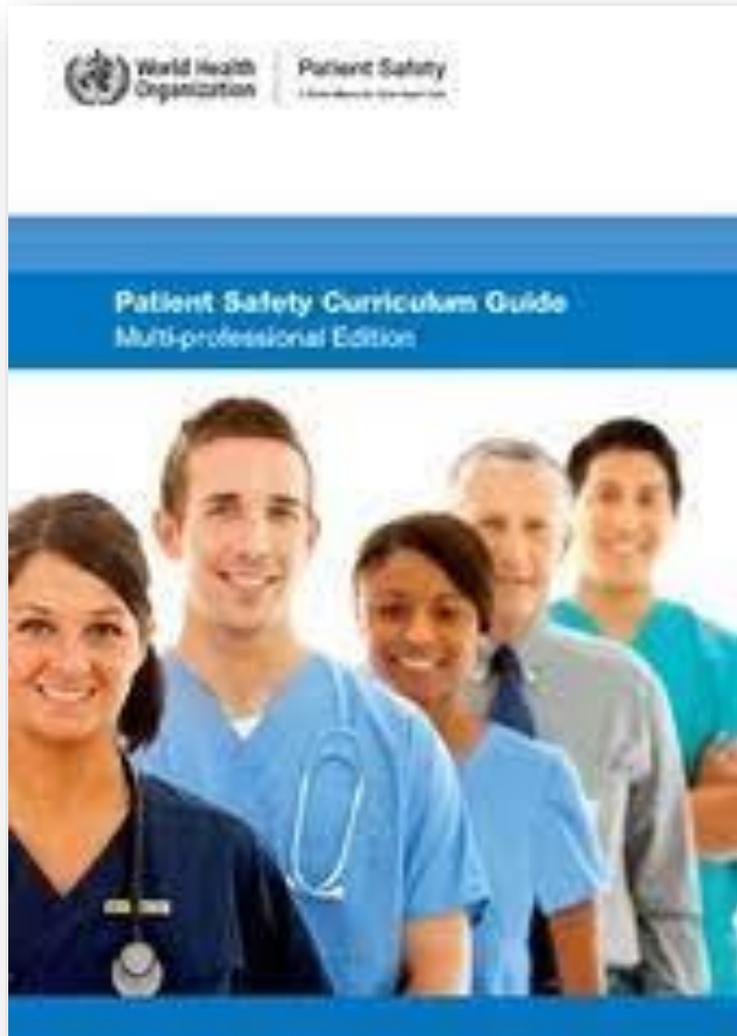
Cómo abordar el factor humano

Aplicar una mentalidad de factores humanos en el entorno laboral

- Evitar confiar en la memoria
- Visibilizar las cosas
- Revisar y simplificar los procesos: ¡Cuánto más simple, mejor!
- Estandarizar los procesos y procedimientos comunes
- Utilizar listas de verificación rutinariamente: Pautas de cotejo
- Disminuir la dependencia de la vigilancia



OdontoUchile
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE



Guía Curricular sobre seguridad del paciente

Edición Multiprofesional
OMS 2011

